

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON .

Année scolaire 1922-1923 — N° 56

TRAVAIL DE LA CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET VÉNÉRIENNES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

De l'Importance des
Signes Articulaires
de la
Syphilis Héréditaire Tardive

Leur Adjonction à la Triade d'Hutchinson

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ DE MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON
et soutenue publiquement le 19 Décembre 1922

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean CLÉMENT

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

né à MONTCOMBROUX (Allier) le 6 Octobre 1895.



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

45, Quai Gailleton, 45

Téléphone 63-56

—
1923

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

DEPARTMENT OF THE HISTORY OF ARTS

OFFICE OF THE DEAN

CHICAGO, ILLINOIS

TO THE HONORABLE CHAIRMAN OF THE BOARD OF TRUSTEES

OF THE UNIVERSITY OF CHICAGO

IN RESPONSE TO YOUR LETTER OF THE 10TH INSTANT

DEAR SIR:

I have the honor to acknowledge the receipt of your letter of the 10th inst.

Yours very truly,
[Signature]

DE L'IMPORTANCE DES SIGNES
ARTICULAIRES DE LA SYPHILIS
HÉRÉDITAIRE TARDIVE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON.

Année scolaire 1922-1923 — N° 56

TRAVAIL DE LA CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET VÉNÉRIENNES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

De l'Importance des
Signes Articulaires
de la
Syphilis Héréditaire Tardive

Leur Adjonction à la Triade d'Hutchinson

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ DE MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 19 Décembre 1922

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean CLÉMENT

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

né à MONTCOMBROUX (Allier) le 6 Octobre 1895.



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

45, Quai Gailleton, 45

Téléphone 63-56

1923

PERSONNEL DE LAFACULTE

Doyen honoraire
 Doyen
 Assesseur

M. HUGOUNENQ.
 MM. J. LEPINE.
 ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT,
 A. FLORENCE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TESSIER
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD
Clinique ophtalmologique	TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BERARD
Clinique neurologique et psychiatrique	COMMANDEUR.
Clinique des maladies des enfants	ROLLET
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des voies urinaires	WEILL
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	POLOSSON (A.)
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	LANNOIS
Chimie biologique et médicale	ROCHET
Chimie organique et Toxicologie	N.-JOSSEAND
Matière médicale et Botanique	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ
Anatomie	MOREL
Histologie	X
Physiologie	GUIART
Pathologie interne	LATARJET
Pathologie et Thérapeutiques générales	POLICARD
Anatomie pathologique	DOYON
Chirurgie opératoire	COLLET
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	MOURQUAND
Médecine légale	PAVIOT
Hygiène	VILLARD
Thérapeutique	ARLOING (F.)
Pharmacologie	Etienne MARTIN
	COURMONT (P.)
	PIC
	MOREAU

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	VALLAS.
— Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— Chimie minérale.....	BARRAL.
— Urologie.....	GAYET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique	PATEL
Botanique	BRETIN
Embryologie	GRAVIER.
Orthopédie	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Stomatologie	TELLIER

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	SAVY	HOVELACQUE	ROUBIER
BRETIN	FROMENT	TRILLAT	FAVRE
LERICHE	THEVENOT (L.)	SARVONAT	BONNET
THEVENOT (Léon)	PIERY	FLORENCE	NOEL chargé
TAVERNIER	COTTE	ROCHAIX	des fonctions
CADE	DUROUX	CORDIER	
GARIN			

M. BAYLE, secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. NICOLAS, *Président* ; M. CADE, *Assesseur*
 MM. THÉVENOT Lucien et FAVRE, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Témoignage de profonde affection
et de reconnaissance.

A MA GRAND'MÈRE

A TOUS MES PARENTS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR NICOLAS

*Chevalier de la Légion d'Honneur
Professeur de Clinique des Maladies Cutanées
et Syphilitiques*

Nous le prions d'agréer l'expression de notre gratitude pour le grand honneur qu'il nous fait en présidant notre thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PILLON

qui nous a facilité ce travail. Nous le remercions vivement de ses précieux conseils.

A TOUS MES MAÎTRES DES FACULTÉS DE MÉDECINE

DE PARIS ET DE LYON

A MES JUGES

DE L'IMPORTANCE DES SIGNES ARTICULAIRES DE LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE TARDIVE

INTRODUCTION

L'importance des signes articulaires de la syphilis héréditaire tardive a été mise en évidence, seulement dans ces dernières années, par plusieurs auteurs, dont beaucoup d'ophtalmologistes, qui ont montré la fréquence de ces lésions et leur association avec la kératite interstitielle. C'est une notion, en effet, relativement peu ancienne, que la syphilis héréditaire peut affecter, à une époque plus ou moins éloignée de la naissance, les diverses articulations du système locomoteur. Pendant fort longtemps, la syphilis transmise par hérédité fut considérée comme reliée exclusivement à la première enfance et les arthropathies, dont elle était la cause, restaient méconnues ou à peine signalées et presque toujours confondues avec des lésions scrofuleuses ou rhumatismales. Aujourd'hui encore, malgré les divers travaux qui ont paru sur la question depuis le début du siècle, il semble qu'il

soit nécessaire d'insister de nouveau sur l'importance de ces arthropathies qui en imposent, encore trop fréquemment, au praticien non averti, pour des lésions d'une autre nature, pour la tuberculose en particulier.

La syphilis articulaire présente, tout d'abord, un intérêt pratique particulier, qui réside dans le fait qu'elle peut revêtir les mêmes formes cliniques que la tuberculose. Les deux affections donnant lieu, comme l'ont montré MM. Nicolas et Favre, à des édifications histologiques identiques, il résulte parfois de cette identité microscopique une ressemblance absolue dans l'aspect macroscopique des lésions, dont l'étiologie ne peut plus alors être établie par la clinique seule. Dans ces cas embarrassants, rendus plus difficiles encore par l'absence de stigmates révélateurs de la syphilis ou par l'habitus extérieur du malade qui aiguille faussement le diagnostic vers la tuberculose, le laboratoire, qui pourrait fournir les éclaircissements que la clinique est impuissante à donner, est trop souvent négligé. Le traitement d'épreuve, véritable pierre de touche des lésions syphilitiques, n'est pas non plus institué. Et, avec la tendance fâcheuse que l'on éprouve trop souvent à incriminer le bacille de Koch dans toute arthropathie, dont l'étiologie n'est pas évidente, on taxe de tumeur blanche une lésion articulaire à laquelle la tuberculose est entièrement étrangère et l'on prive le malade d'un traitement qui serait pour lui le salut. Des erreurs de ce genre sont malheureusement encore trop fréquentes. Il n'est pas rare de voir, dans les services

d'ophtalmologie parisiens, revenir de Berck-sur-Mer, de jeunes sujets atteints d'une kératite interstitielle qui s'était déclarée alors qu'immobilisés dans le plâtre on les soignait pour une tumeur blanche. Cette kératite providentielle était venue condamner le premier diagnostic et révéler la nature de l'arthropathie. Le traitement spécifique, institué aussitôt dans ces cas amène les guérisons rapides et simultanées des deux lésions articulaires et oculaires.

Un autre intérêt présenté par les arthropathies de la syphilis héréditaire, c'est leur fréquence encore insuffisamment connue et que deux causes paraissent avoir jusqu'à nos jours contribué à masquer. La première, dont nous avons parlé plus haut, tient à la confusion fréquente faite entre la syphilis et la tuberculose articulaires. La seconde résulte de l'indolence habituelle des arthropathies syphilitiques, des troubles fonctionnels ordinairement très légers accompagnant ces lésions articulaires qui, de ce fait, ne présentent pas toujours au début du moins, l'acuité susceptible d'attirer l'attention du malade. Ces arthropathies, non signalées au médecin, ne sont souvent reconnues qu'après un examen minutieux, fait à l'occasion d'une nouvelle manifestation syphilitique, comme la kératite par exemple. C'est pourquoi les ophtalmologistes plus que les chirurgiens et les dermatologistes, ont insisté sur cette fréquence des arthropathies dues à l'hérédo-syphilis. Ils ont vu fréquemment, chez leurs petits malades, les arthropathies, et en particulier l'hydarthrose du genou, coexister avec les lésions oculaires. Fréquemment aussi, ils

ont pu, chez les sujets à articulations présentement saines, déceler, par l'interrogatoire, des arthropathies ayant existé antérieurement à la kératite.

Il y aurait donc, entre la kératite, c'est-à-dire entre l'élément le plus important de la célèbre triade d'Hutchinson, et les arthropathies, une sorte de solidarité étroite, réalisant l'association fréquente de ces deux ordres de lésions et donnant aux signes articulaires une importance très grande au point de vue du diagnostic de la syphilis héréditaire. C'est cette importance des arthropathies que nous voulons souligner dans notre travail et, nous appuyant sur ce fait, que chez les hérédo-syphilitiques les arthropathies sont, sinon aussi communes que les lésions oculaires ou dentaires, du moins incontestablement plus fréquentes que les troubles de l'ouïe, notre but sera d'insister, après d'autres auteurs d'ailleurs, sur l'avantage qu'il y aurait à faire rentrer dans le cadre classique de la triade d'Hutchinson, transformée ainsi en tétrade, ces manifestations articulaires, bien dignes d'être mises sur le même pied que les autres symptômes de cette triade.

Le jour où cette tétrade sera devenue classique et où les arthropathies seront, au même titre que les signes oculaires, dentaires et auriculaires, des symptômes orientant le diagnostic vers la syphilis et incitant à la recherche des divers stigmates de cette diathèse, le praticien, avant de baptiser hâtivement tumeur blanche une arthropathie ayant les apparences de la tuberculose, s'entourera de toutes les garanties que peuvent lui donner le laboratoire et le traite-

ment d'épreuve et ne posera un diagnostic ferme qu'après avoir épuisé tous les moyens propres à lui révéler la terrible hérédité.

Nous diviserons notre travail en trois chapitres :

Dans le premier, nous décrirons les formes cliniques typiques des arthropathies de la syphilis héréditaire.

Le second sera réservé à l'étude clinique des formes atypiques que peuvent revêtir ces arthropathies et à leur diagnostic souvent difficile.

Dans le troisième, nous insisterons sur la fréquence de ces arthropathies et nous montrerons le rôle important que peuvent jouer les signes articulaires dans l'établissement du diagnostic de syphilis héréditaire.

CHAPITRE PREMIER

Formes cliniques typiques des Artropathies de la Syphilis héréditaire.

On s'est longtemps représenté la syphilis héréditaire comme exclusivement reliée à la première enfance, commettant ainsi une double erreur contre laquelle le Professeur Fournier s'est élevé dans son célèbre traité de 1886. La première de ces erreurs consistait à croire qu'un enfant, qui avait été affecté d'accidents syphilitiques dans le jeune âge, mais qui en avait été délivré par un traitement spécifique, était à jamais mis hors d'atteinte de la syphilis. D'après la seconde, plus répandue encore, on croyait qu'un enfant issu de parents syphilitiques, avait échappé sûrement à la terrible hérédité, s'il n'avait rien présenté de suspect dans ses premières années.

Fournier, par de nombreuses observations, montra que l'influence hérédo-syphilitique est capable de réaliser des lésions à échéance plus ou moins tardives,

c'est-à-dire survenant dans la seconde enfance, dans l'adolescence parfois même dans l'âge adulte. Pour désigner l'ensemble de ces accidents à apparition plus ou moins éloignée de la naissance, il créa l'expression de *syphilis héréditaire tardive*, devenue aujourd'hui classique et qui s'oppose à celle de *syphilis héréditaire précoce*, comprenant les lésions apportées à la naissance ou survenues dans les tout premiers mois de la vie. Les accidents tardifs de l'hérédo-syphilis, autrefois presque toujours méconnus comme origine et rapportés à la scrofule, purent ainsi être rattachés à leur véritable étiologie.

Parmi les nombreuses lésions que peut provoquer la syphilis héréditaire tardive, il en est qui frappent les articulations. Les arthropathies qui en résultent se présentent sous diverses formes cliniques qui ont, avec celles de la période tertiaire de la syphilis acquise les plus grandes analogies.

Peu connues avant Fournier qui, le premier, en donna une classification précise, en 1886, les arthropathies de la syphilis héréditaire, étudiées en Angleterre par Clutton (1886) et Robertson (1896), furent en France l'objet de plusieurs mémoires parmi lesquels ceux de Kirmisson et Jacobson (1897) et de Morestin (1901), ainsi que de nombreuses thèses : celles de Ranguedat (1883), de Danjou (1887), de Métayer (1904), de Saucet (1904), de Fouquet (1905), et enfin celle de Pillon (1914). C'est de cette dernière que nous nous inspirerons dans notre étude de la symptomatologie des arthropathies de la syphilis héréditaire tardive.

Nous reconnâitrons à ces arthropathies les quatre formes cliniques suivantes :

- 1° L'arthralgie ;
- 2° L'hydarthrose simple ;
- 3° L'arthropathie gommeuse ;
- 4° L'arthropathie déformante.

I. — *Arthralgies.*

Fréquente au début de la syphilis acquise, cette forme, beaucoup plus rare dans la syphilis héréditaire, ne se signale que par un seul symptôme : la douleur qui, localisée quelquefois à une jointure, est le plus souvent polyarticulaire. Cette douleur à exacerbation nocturne et que n'accompagne ni réaction fébrile, ni modification appréciable de l'articulation est tantôt peu intense, tantôt vraiment aiguë empêchant tout mouvement. Baptisée le plus souvent douleur rhumatismale ou douleur de croissance, cette forme a pour caractère distinctif de guérir avec une rapidité étonnante par l'administration d'iodure de potassium.

II. — *Hydarthrose simple.*

L'hydarthrose de la syphilis héréditaire se présente suivant deux modalités différentes : tantôt elle est secondaire à des altérations osseuses la précédant et dominant la scène ; tantôt au contraire, elle existe seule et l'examen le plus minutieux ne parvient pas à déceler la moindre lésion du squelette.

C'est cette dernière forme d'hydarthrose pure que nous nous proposons d'étudier dans le présent paragraphe.

Décrite pour la première fois, en 1886, par Clutton, qui en rapporta onze cas chez des enfants nettement hérédo-syphilitiques, elle n'était pas admise par le Professeur Fournier qui, dans tous ces cas d'hydarthrose, croyait à l'existence d'une lésion osseuse minime, masquée par l'épanchement et inaccessible à la palpation.

Il semble bien qu'il faille admettre, aujourd'hui, l'existence de ces formes pures d'hydarthrose dans lesquelles la radiographie montre un squelette absolument normal. Dupuy de la Badonnière, dans sa thèse, a recueilli, à la clinique du Professeur Rollet, plusieurs observations dans lesquelles l'hydarthrose est associée à la kératite interstitielle et où l'examen radiographique comme l'examen clinique ne révèle aucune lésion de l'articulation.

Quelle serait donc dans ces cas d'hydarthrose pure la cause de l'épanchement articulaire ? M. Favre, dans une fort intéressante observation publiée dans la thèse de Dupuy, a fait l'étude approfondie d'un cas d'hydarthrose double des genoux, sans lésion osseuse concomitante. Le liquide articulaire, dont l'examen a été pratiqué à plusieurs reprises, s'est montré très fibrineux et très riche en cellules endothéliales dues à la desquamation de la synoviale. L'étude cytologique de ce même liquide a donné une formule leucocytaire nettement inflammatoire et a révélé l'existence de quelques globules rouges. En outre, des anticorps syphilitiques ont pu être mis en évidence

par la réaction de Wassermann fortement positive dans ce liquide.

Ainsi, voilà donc un cas très suggestif d'épanchement articulaire sans lésion osseuse primitive, mais d'origine nettement inflammatoire. Cet exemple met en lumière la pathogénie de ces formes d'hydarthroses pures qui ne doivent plus être regardées comme de simples hydarthroses transsudatives dues à l'irritation de la synoviale par une lésion osseuse voisine, mais bien comme des hydarthroses inflammatoires, dues à l'envahissement de la séreuse articulaire par le tréponème.

Cliniquement, cette forme d'hydarthrose présente les symptômes caractéristiques suivants mis en lumière par Clutton :

- Bilatéralité et symétrie ;
- Indolence et insidiosité ;
- Absence de lésions osseuses ;
- Chronicité.

Il faut insister particulièrement sur la bilatéralité et la symétrie qui sont, sinon constantes, du moins extrêmement fréquentes et la différencient de l'hydrops tuberculosus.

L'indolence est la règle, mais il est des exceptions. Parfois, il existe des douleurs assez vives pour amener une impotence fonctionnelle complète des articulations atteintes.

III. — *Arthropathies gommeuses.*

Dans ce groupe rentrent toutes les arthropathies,

dont la lésion élémentaire est un processus gommeux, soit syphilome circonscrit, soit infiltration gommeuse diffuse, se développant en un point quelconque de l'articulation, ou voisin d'elle.

Suivant que le point de départ est osseux ou synovial, il existe deux formes anatomiques d'arthropathies gommeuses, auxquelles répondent deux formes cliniques nettement distinctes :

1° *Une forme osseuse* de beaucoup la plus fréquente et caractérisée par de la déformation osseuse et de l'hyperostose ;

2° *Une forme synoviale* beaucoup plus rare qui se manifeste, par une infiltration gommeuse des tissus synoviaux et péri-synoviaux.

Parmi ces arthropathies, les unes présentent des signes physiques très caractéristiques permettant de les distinguer aisément des arthropathies tuberculeuses. Ce sont les plus communes. Mais, à côté de ces formes faciles à diagnostiquer, il existe des cas beaucoup plus complexes qui sont, semble-t-il, des formes d'évolution des premières.

Ce sont tout d'abord des formes mixtes présentant à la fois des signes osseux et des signes synoviaux ; puis des formes dues à l'évolution vers l'extérieur de gommès qui produisent une infiltration péri-articulaire plus ou moins diffuse, masquant les reliefs osseux. Ces gommès peuvent s'ouvrir au dehors, donnant naissance à des fistules intarissables, dont l'écoulement est entretenu par la formation de séquestres. Dans ces formes, le tableau clinique s'éloigne du ta-

bleau typique pour se rapprocher de celui de la tumeur blanche vraie et même pour se confondre avec lui.

Il est donc du plus haut intérêt pratique de distinguer, ainsi que l'a fait Pillon, deux grands groupes d'arthropathies gommeuses :

1° *Les formes typiques ;*

2° *Les formes atypiques.*

Cette division, qui est le reflet exact de la réalité, a le grand avantage de mettre en lumière ces formes spéciales qui, simulant si bien la tuberculose, sont prises trop souvent pour des tumeurs blanches et qu'il faut bien connaître, en raison de l'importance thérapeutique si considérable que présente à leur sujet un diagnostic exact.

A. — FORME OSSEUSE TYPIQUE

Les arthropathies de ce groupe peuvent se présenter sous deux formes :

1° Une forme osseuse pure ;

2° Une forme osseuse avec épanchement surajouté.

1° *Forme osseuse pure.* — Ce sont des arthropathies à début insidieux, évoluant sans douleur locale, sans signes généraux et n'attirant que tardivement l'attention du malade.

A la période d'état, elles présentent les symptômes suivants :

1° *La douleur*, ordinairement légère, souvent à

exacerbation nocturne, non accrue par les mouvements ;

2° *La limitation des mouvements*, qui n'existe que dans les cas de déformation osseuse importante. Les attitudes vicieuses sont exceptionnelles.

Les symptômes objectifs sont dus à l'hyperostose des épiphyses :

a) *L'inspection* montre une articulation augmentée de volume et plus ou moins globuleuse ;

b) *La palpation*, qui fournit les signes les plus caractéristiques, permet de se rendre compte que l'augmentation de volume de la jointure est due à l'hyperrophie des épiphyses qui sont accrues, soit en masse et régulièrement, soit avec prédominance d'une quelconque de leurs parties ;

c) *La pression* large de ces hyperostoses provoque une douleur diffuse dans toute l'épiphyse ;

d) *L'amplitude des mouvements* est variable, le plus souvent à peine diminuée ;

e) Il n'y a pas de *réaction ganglionnaire* dans le territoire qui correspond à l'articulation atteinte.

Les signes généraux sont nuls ou très peu accusés.

Tels sont les principaux symptômes de cette forme d'arthropathie arrivée à la période d'état. Quelquefois ces symptômes en restent là et l'affection n'évolue pas. Mais, le plus souvent, le processus gommeux continue à évoluer et l'on voit apparaître une hydarthrose, due soit à l'iritation mécanique de la synoviale, soit à l'ouverture de la gomme dans la cavité

articulaire. La forme osseuse pure devient alors une forme osseuse avec épanchement.

2° *Forme osseuse avec épanchement.* — C'est une forme d'évolution de la précédente. L'épanchement apparaît souvent brusquement, s'accompagnant de douleurs et modifiant la symptomatologie.

Les signes fonctionnels sont plus nets. La douleur plus forte entrave parfois les mouvements de l'articulation. Une attitude vicieuse peut apparaître, due soit à la douleur, soit à l'épanchement.

Les signes physiques sont modifiés. Les culs-de-sac synoviaux sont distendus. La palpation fait percevoir le contraste caractéristique entre la dureté des épiphyses volumineuses et la rénitence de la synoviale distendue, mais ne donne jamais la sensation de fongosités. Au genou, il existe du choc rotulien.

La synoviale, très souvent non modifiée au début, ne tarde pas à s'épaissir soit dans sa totalité, soit en partie, par places seulement.

Il faut encore noter l'atrophie des muscles sus-jacents à l'article et l'absence d'adénopathie.

Les signes généraux sont plus accusés. Le malade réduit à l'immobilité devient anorexique, maigrit, pâlit et peut prendre l'aspect d'un tuberculeux.

L'examen radiographique ne donne pas toujours des renseignements très nets. Dans les cas typiques il montre la raréfaction centrale de l'os et sa prolifération périphérique. Mais quelquefois ces signes sont peu accusés et, malgré la sensation d'hyperostoses considérables donnée par l'examen clinique, la radio-

graphie ne révèle qu'un peu d'irrégularité du périoste avec léger gonflement osseux.

L'épanchement articulaire, dans cette forme d'arthropathie, présente la particularité d'être sujet à des disparitions et à des réapparitions successives. Souvent, on peut voir survenir la guérison spontanée complète, mais avec conservation des déformations articulaires. Dans d'autres cas, l'affection s'aggravant donne lieu à des formes qui deviennent atypiques et arrivent à simuler la tuberculose.

B. — FORME SYNOVIALE TYPIQUE

Cette forme, niée par certains auteurs, est assez rare. Elle se manifeste par l'aspect globuleux et blafard de l'articulation, par l'absence de douleurs dans les mouvements et à la pression, par un épanchement articulaire qui distend la synoviale, par des épaissements multiples et localisés de celle-ci donnant lieu à des sortes de plaques de blindage qui sont absolument caractéristiques et qui permettent de faire un diagnostic rapide et aisé.

Pour en finir avec la description clinique des arthropathies gommeuses de la syphilis héréditaire, il nous faudrait encore parler des formes atypiques. L'étude de ces formes, sur lesquelles il est nécessaire d'insister et qui présentent pour notre sujet un grand intérêt, sera faite dans le prochain chapitre.

IV. — *Arthropathies déformantes.*

C'est une forme beaucoup plus rare que les précédentes et aussi beaucoup plus mal connue. D'après E. Fournier les arthropathies de ce groupe seraient de deux sortes très différentes.

La première correspond à l'état d'une articulation déformée par une végétation ostéophytique qui, au niveau des épiphyses, bourgeonne à l'aventure et donne naissance à des saillies affectant toutes les bizarreries possibles dans leur situation, leur forme et leur volume. C'est l'arthropathie déformante ostéophytique.

La seconde, qui résulte d'un processus plus général, reproduit trait pour trait les déformations du rhumatisme déformant vulgaire, mais s'en différencie par sa localisation sur les grosses articulations, par son début dans le jeune âge et par l'absence de rhumatisme dans les antécédents héréditaires. L'évolution de cette forme est lente ; le pronostic, en raison des troubles fonctionnels, est sérieux et l'action du traitement antisypilitique, s'il n'est pas précoce, est peu marquée.

CHAPITRE II

Formes cliniques atypiques des arthropathies de la Syphilis héréditaire tardive.

Leur diagnostic.

Dans le domaine de la syphilis, plus que partout ailleurs, un diagnostic exact et précoce présente une importance capitale. Méconnaître la nature des lésions survenant chez un individu atteint de syphilis, c'est le priver de la thérapeutique si puissante, si rapide, parfois si miraculeuse que nous possédons contre les effets du tréponème; c'est, par conséquent, le laisser en proie aux ravages effrayants de la terrible maladie et engager gravement sa responsabilité morale. Les observations, que nous publions plus loin, fournissent des exemples frappant des conséquences si funestes que peut avoir, pour les malades, cette méconnaissance de l'étiologie des lésions syphilitiques.

Or, si dans la majorité des cas, la syphilis peut être facilement mise en évidence, grâce aux caractères bien tranchés de ses lésions, il en est d'autres, par-

fois, où les formes atypiques que prennent ces lésions rendent le diagnostic extrêmement difficile.

Ces formes atypiques ont une symptomatologie qui se rapproche beaucoup de celle des arthropathies tuberculeuses et qui exposent, par conséquent, à la confusion. Leur existence est encore assez mal connue et pourtant il faut savoir les dépister, afin de leur appliquer la thérapeutique appropriée.

Ce sont des arthropathies gommeuses, dans lesquelles le syphilome s'est propagé vers l'extérieur, a gagné les téguments, les a ulcérés, pour donner lieu à des fistules intarissables, qu'entretient la formation de séquestres que la syphilis, on le sait aujourd'hui, est capable de produire.

Ce sont aussi des formes dans lesquelles les symptômes synoviaux et les symptômes osseux sont réunis, produisant des lésions anatomiques extrêmement complexes.

Leur symptomatologie est très variée, surtout très floue, sans signes distinctifs nets, comme dans les formes typiques.

L'articulation est très volumineuse. Les téguments, à son niveau, sont le siège d'une infiltration œdémateuse; ils sont blafards et parcourus par un réseau veineux sous-cutané très net.

La palpation ne permet plus de sentir, comme dans les formes typiques, ni l'hypertrophie des épiphyses, ni les plaques de blindage de la synoviale. Tout cela est masqué par l'œdème périarticulaire qui donne une sensation d'empâtement diffus.

A un stade plus avancé, la peau peut devenir rouge,

violacée, s'ulcérer en un point pour donner lieu à une fistule par où la gomme se vide au dehors. Enfin une atrophie musculaire assez marquée ajoute encore parfois à l'aspect atypique de l'affection.

Très fréquemment, l'indolence persiste jusqu'à la fin. C'est là un symptôme d'une grande valeur diagnostique, certes, mais qui n'est malheureusement pas constant. On observe souvent de l'attitude vicieuse due à la contracture musculaire. Les mouvements provoqués sont assez limités.

Dans la plupart des cas, les malades sont pâles, amaigris, asthéniques et souvent fébriles. La syphilis peut, en effet, engendrer de la fièvre, et c'est un point sur lequel a particulièrement insisté M. le professeur Nicolas.

Arrivée à la période fistuleuse, l'arthropathie gommeuse atypique de la syphilis héréditaire, peut, ou guérir spontanément par oblitération de la fistule, une fois la gomme vidée au dehors ou se prolonger interminablement, par suite de séquestres qui entretiennent la suppuration et enlèvent toute action au traitement spécifique. Elle peut encore devenir purulente par infection secondaire. Il faut bien savoir que, traitée par l'immobilisation seule, une arthropathie syphilitique ne subit aucune amélioration. Cette connaissance pourra, dans certains cas, servir au diagnostic.

DIAGNOSTIC

Le tableau clinique que nous venons de donner de ces arthropathies atypiques ressemble, à s'y méprendre, à celui des tumeurs blanches. L'absence de signes distinctifs susceptibles de différencier les

deux affections rend l'examen local des lésions incapable, à lui seul, d'établir le diagnostic différentiel.

Quels seront donc, dans ces cas difficiles, les éléments dont nous pourrons disposer pour trancher la question ?

Trois sources différentes nous fourniront ces éléments :

- 1° L'examen général du malade;
- 2° Le laboratoire;
- 3° Letraitement d'épreuve.

Parmi tous ces éléments de diagnostic, la première place doit être donnée à ceux qui sont fournis par la recherche des signes de syphilis extra-articulaire que peut présenter le malade. Nous insisterons donc particulièrement sur ces signes. Mais, auparavant, nous dirons un mot des examens de laboratoire et du traitement d'épreuve.

Le *laboratoire* dispose de plusieurs méthodes, dont les unes ont pour but de mettre en évidence la syphilis, et les autres de déceler la tuberculose. Les premières, qui sont les réactions de Wassermann, pratiquées sur le sang du malade et sur le liquide articulaire, n'ont, comme l'a montré M. le professeur Nicolas, qu'une valeur très relative. Dans les cas suspects, deux Wassermann, faits à un intervalle assez long, s'imposent. La positivité constante de la réaction doit faire pencher du côté de la syphilis, mais ne peut l'affirmer d'une manière absolue. La négativité n'a pas plus de valeur.

Parmi les nombreux procédés susceptibles de dé-

couvrir la tuberculose : intradermo-réaction, cuti-réaction et ophtalmo-réaction à la tuberculine, séro-diagnostic tuberculeux, inoculation au cobaye du liquide articulaire, ce dernier seul possède une valeur absolue. Une inoculation positive permet d'affirmer la tuberculose et d'éliminer sans crainte d'erreur la syphilis. Comme, d'autre part, la tuberculisation du cobaye dans les arthrites dues au bacille de Koch est à peu près constante, une inoculation négative permet, si les autres causes d'arthropathie ont été éliminées, de porter presque à coup sûr le diagnostic de syphilis.

Le *traitement d'épreuve*, qui doit être tenté dans tous les cas douteux, éclairera, la plupart du temps, le diagnostic. Mais il faut l'appliquer de façon correcte, pour en obtenir tous les résultats qu'il peut donner.

Les sels mercuriels seuls sont insuffisants, en général, à amener la guérison complète des arthropathies syphilitiques. L'iodure, soit seul, soit associé au mercure, fait ordinairement merveille. Mais bien supérieure encore est la médication arsénobenzolique, qui peut donner, dans certains cas, des résultats parfaits où a échoué le traitement hydrargyroiodique.

Il faut bien savoir que, dans les cas très anciens d'arthropathie, où les lésions osseuses sont très intenses, où de volumineuses hyperstoses se sont constituées, le traitement antisiphilitique ne peut donner qu'une amélioration et non une guérison complète. Il faut bien savoir également que le traitement n'a

aucun effet sur les lésions fistuleuses, quand celles-ci sont entretenues par un séquestre. L'ablation chirurgicale de ce séquestre est nécessaire pour l'obtention de la guérison.

Recherches des stigmates d'Hérédo-Syphilis.

Triade d'Hutchinson.

Les signes d'hérédo-syphilis, fournis par l'examen général du malade, ont une importance diagnostique considérable. Certains de ces signes ont, en effet, une origine syphilitique si évidente, qu'une fois constatés, ils ne permettent plus de douter de la diathèse qu'on recherchait.

Nous allons passer en revue les nombreuses manifestations de la syphilis héréditaire tardive susceptibles d'éclairer le diagnostic.

Parmi toutes ces manifestations, trois d'entre elles ont une valeur prépondérante, à la fois par leur fréquence et leur association, qui fut signalée, pour la première fois, par Hutchinson, en 1857. Ce sont :

- 1° Des signes oculaires;
- 2° Des altérations dentaires;
- 3° Des troubles auriculaires.

SIGNES OCULAIRES. — La lésion la plus fréquemment produite du côté des yeux par la syphilis héréditaire est, sans contredit, la kératite interstitielle.

Cette lésion, caractérisée par l'inflammation et l'infiltration des couches profondes de la cornée transparente par le tréponème, a un début lent, insidieux,

une évolution traînante qui dure des mois et même des années. Elle produit parfois une photophobie intense, provoquant une cécité presque absolue, lorsqu'elle frappe, simultanément, les deux yeux. Elle est sujette à de nombreuses récidives.

Plus souvent observée dans le sexe masculin que dans le sexe féminin, elle peut survenir de très bonne heure, mais son maximum de fréquence a lieu de cinq à dix ans. C'est à Hutchinson que revient le mérite d'avoir montré l'importance et même le rôle presque exclusif de la syphilis héréditaire dans l'étiologie de cette affection. D'abord combattue par certains auteurs qui, comme Panas, en faisaient une manifestation banale de la misère physiologique, admise ensuite avec certaines réserves par d'autres qui chargeaient son étiologie d'influences morbides nombreuses, tuberculose, rhumatisme, impaludisme, goutte, influenza, cette opinion se vérifie chaque jour davantage et les ophtalmologistes tendent de plus en plus à attribuer à la syphilis toutes les kératites interstitielles.

Il en résulte que cette affection peut être considérée comme un signe à peu près certain de syphilis héréditaire. Sa fréquence est, d'autre part, très grande, puisque, d'après Terrien, elle apparaît, entre sept et vingt ans, chez plus de la moitié des hérédo-syphilitiques.

ALTÉRATIONS DENTAIRES. — Elles portent sur les incisives médianes supérieures de la deuxième dentition, dont le bord libre présente une échancrure semi-

lunaire, dont la base est rétrécie, dont les bords latéraux sont arrondis et dont les axes convergent de haut en bas et de dehors en dedans. C'est Hutchinson qui, le premier, signala ces altérations dentaires et les considéra comme un signe d'hérédo-syphilis. Depuis cet auteur le domaine des stigmates dentaires de cette affection s'est considérablement étendu.

Fournier et Sabouraud ont décrit comme signe d'hérédo-syphilis de nombreuses anomalies dentaires :

- 1° Le microdontisme total ;
- 2° Le microdontisme partiel ;
- 3° L'absence de dents : suppression d'une ou de deux canines, d'une ou de deux incisives latérales ;
- 4° Les anomalies de position : éversement en dehors ou en dedans de la ligne dentaire ;
- 5° Les monstruosités : double rangée de dents permanente ;
- 6° Les altérations de forme : dents striées, incisives pointues, canines bifides ;
- 7° Les altérations de la zone de mastication : incisives en tournevis, molaires rocheuses ;
- 8° La multiplication des cuspides des grosses molaires.

L'écartement des incisives médianes supérieures serait, d'après Gaucher, un autre signe d'hérédo-syphilis. Sabouraud, enfin, a récemment appelé l'attention des médecins sur l'éminence mamillaire de la face interne des premières molaires supérieures qui serait aussi, d'après lui, un stigmate fréquent et souvent isolé de syphilis.

Toutes les altérations dentaires que nous venons d'indiquer, dent d'Hutchinson typique mise à part, ne sont en réalité, à notre avis, que des signes de dystrophie qui ont bien quelquefois pour cause la syphilis, mais que toutes les infections et les intoxications chroniques, acquises ou héréditaires, peuvent engendrer. Elles n'ont donc rien de pathognomonique. Seule la dent d'Hutchinson doit être considérée comme ayant une valeur diagnostique absolue et signant, pour ainsi dire, la syphilis héréditaire.

TROUBLES AUDITIFS. — Ces troubles consistent en une surdité ou demi-surdité présentant des caractères bien spéciaux. Elle se produit sans les accidents locaux ou généraux accompagnant d'ordinaire les otites banales. Son invasion est brusque, sa progression rapide et, à bref délai, elle atteint une intensité considérable qu'elle conserve définitivement. C'est enfin une surdité sans lésions appréciables à l'examen otoscopique.

Ces troubles, assez rares et assez inconstants sont loin d'avoir, au point de vue du diagnostic de l'hérédosyphilis, la valeur des lésions oculaires et dentaires précédemment décrites.

A ces trois éléments de la triade d'Hutchinson peuvent s'ajouter d'autres manifestations de la syphilis héréditaire qui, beaucoup moins fréquentes, ont beaucoup moins de valeur. Nous ne ferons que les signaler. Les plus importantes sont :

1° Les altérations osseuses donnant lieu au tibia

en lame de sabre, aux perforations de la voûte palatine et à certaines difformités crâniennes et nasales ;

2° Les lésions cutanées tuberculeuses ou tuberculo-gommeuses ;

3° Enfin, les lésions ganglionnaires beaucoup plus rares.

A toutes ces manifestations de la syphilis héréditaire, les unes fréquentes comme les signes de la triade d'Hutchinson, les autres plus rares, s'ajoutent les arthropathies que nous venons de passer en revue. Peut être parce qu'elles sont souvent méconnues, ces arthropathies n'ont pas, à notre avis, acquis, chez les auteurs classiques, une place de premier plan parmi les manifestations de l'hérédo-syphilis. Nous allons dans le chapitre suivant insister sur leur fréquence. Nous montrerons qu'elles peuvent exister seules, qu'elles sont aussi communes que certains signes de la triade d'Hutchinson et que, par conséquent, elles méritent bien, comme l'ont proposé certains auteurs, de s'adjoindre à cette triade.

CHAPITRE III

Fréquence des signes articulaires de la Syphilis Héréditaire et leur valeur diagnostique.

La fréquence des arthropathies de la syphilis héréditaire, bien que très grande, est encore trop méconnue, ainsi qu'en témoignent les nombreuses erreurs de diagnostic, signalées dans la littérature médicale, où ces arthropathies sont prises pour des tumeurs blanches.

Il faut, en effet, bien savoir qu'assez souvent une arthropathie peut être le seul signe de syphilis héréditaire, qu'aucun autre stigmate de la même affection ne l'accompagne et qu'il peut se faire aussi que rien dans les antécédents héréditaires n'oriente le diagnostic vers la syphilis. Devant une arthropathie ainsi isolée, sans association de symptômes susceptibles de révéler son étiologie, l'idée de tuberculose s'impose encore trop irrésistiblement à de nombreux esprits et, trop souvent encore, le diagnostic de tumeur blanche est posée d'emblée, sans le contrôle du laboratoire ou du traitement d'épreuve. Et d'ailleurs, même

quand elles accompagnent d'autres stigmates d'hérédosyphilis, ces arthropathies restent encore souvent méconnues et sont prises pour des manifestations de la tuberculose parce qu'on néglige l'examen général du malade.

C'est ce que, tout en mettant en évidence la place énorme que prennent les arthropathies parmi les manifestations de la syphilis héréditaire, vont montrer les observations que nous publions.

OBSERVATION I

(AIMES, *Progrès Médical*, mars 1914)

Le jeune L..., 6 ans, entre à l'hôpital le 9 juillet 1911 pour douleur du genou gauche avec impotence fonctionnelle. Le début de cette affection remonte au commencement de juin. Il fut insidieux, douleurs peu vives plus marquées à la marche, boiterie. Peu après, l'enfant a refusé de marcher. A son arrivée, on constate : 1° Que le genou gauche est légèrement globuleux; 2° que la jambe est en flexion assez marquée; 3° que la région articulaire est le siège d'un empâtement net.

A la palpation : points douloureux au niveau de la tubérosité interne du tibia. Choc rotulien net. Mouvements limités assez douloureux. La cuisse est atrophiée. Micropolyadénopathie.

Aucune autre manifestation pathologique n'est présentée par le malade. Etat général peu brillant.

L'interrogatoire des parents est négatif quant à la possibilité d'une syphilis. Mère : 3 grossesses toutes menées à bonne fin.

Le diagnostic porté est celui de tumeur blanche du genou gauche. Le 10 juillet 1911, immobilisation dans un plâtre.

L'enfant revient le 20 septembre 1911. Etat local amélioré.

Les lésions paraissent en voie de régression, ce qui semble confirmer le diagnostic. Nouveau plâtre le jour même.

Lorsque l'enfant revient à l'hôpital, le tableau clinique a complètement changé : genou gauche encore globuleux, mais facilité d'exécution des mouvements. Flexion complète possible et indolore. Deux autres articulations, le coude et le poignet droits sont, depuis quelques jours, le siège d'un gonflement diffus avec conservation des mouvements. Enfin, il y a un mois, est survenu une perforation de la voûte palatine. Cet ensemble clinique est trop net pour faire hésiter. Le père, pressé de questions, avoue la syphilis.

Réaction de Wassermann nettement positive.

Résultats du traitement antisyphilitique excellents.

Cette observation montre que l'arthropathie syphilitique héréditaire peut être longtemps un signe isolé de l'affection. Ici, pas de triade d'Hutchinson ; rien dans les antécédents qui puisse orienter le diagnostic dans la bonne voie ; l'idée de tumeur blanche semblait s'imposer ; il a fallu l'apparition toute fortuite d'une perforation de la voûte palatine pour arriver au diagnostic exact.

OBSERVATION II

(NICOLAS et MOURIQUAND, *Société Médicale des Hôpitaux de Lyon*, 1905)

Henriette Th..., âgée de 9 ans. N'offre rien à signaler dans ses antécédents héréditaires. Quatre frères ou sœurs morts en bas âge. Il ne lui reste qu'un frère sourd-muet et aveugle.

Elle-même, quoique toujours frêle, n'a pas eu de maladie grave jusque vers cinq à six mois. A cet âge, elle présentait une tumeur blanche du genou droit qui fut traitée à la Charité par des pointes de feu et l'immobilisation plâtrée.

En même temps, évoluaient des lésions oculaires pour les-

quelles une iridectomie fut faite à droite. La vue, presque nulle à gauche, était très diminuée du côté droit. L'acuité auditive était également très affaiblie.

Elle aurait eu, de plus, deux abcès superficiels vers l'aiselle gauche, dont il reste deux cicatrices sans adhérences profondes.

Depuis plusieurs années, existe une adénopathie cervicale bilatérale, n'ayant jamais abouti à la suppuration.

Alors, à l'institution de Villeurbanne, étant examinée pour du nasonnement et du reflux des liquides par le nez une ulcération palatine est constatée. La malade est envoyée à l'Antiquaille.

C'est précisément à propos de cette ulcération palatine que s'est posé un diagnostic intéressant. Cet ulcère datait de six mois environ.

A l'examen de la bouche : tuméfaction au niveau du raphé médian et qui, allongée d'avant en arrière, s'étend de 2 centimètres en arrière des incisives au bord de la voûte palatine osseuse. Elle est rouge, irrégulière, mamelonnée, molle, indolente. Sur cette zone, trois ulcérations dont la plus profonde a 1 centimètre et se trouve recouverte d'un léger enduit blanchâtre. Après l'avoir détergée, on voit au fond de cette ulcération une perforation de la voûte palatine de la dimension d'une piqure d'épingle. L'exploration au stylet montre au fond de chacune des deux autres ulcérations une perforation plus petite encore.

De chaque côté, à la base de la luette, petit nodule rougeâtre, surélevé, du volume d'un grain de riz.

L'examen du nez montre des masses fongueuses dans le cavum naso-pharyngien et une perte de substance par nécrose de la partie postérieure et inférieure de la cloison.

Examen des poumons : négatif.

OBSERVATION III

(NICOLAS et MOURIQUAND, *Société Médicale
des Hôpitaux de Lyon*, 1905)

Marie S..., âgée de 6 ans, est la première enfant de sa

famille. Née à terme, sans rien présenter d'anormal sur les téguments ou les muqueuses. Après elle, seulement, sa mère a eu une fausse-couche à trois mois et un enfant mort-né. On ne trouve pas d'autres traces de syphilis par l'interrogatoire du père et de la mère. La fillette a un frère plus jeune bien portant.

Bonne santé jusqu'à trois ans. A cet âge, à la suite d'une rougeole, elle eut une bronchite qui l'a débilitée jusqu'au jour où se manifesta la localisation articulaire au genou. Elle fit deux séjours à la Charité pour cette tumeur blanche. Deux plâtres furent faits pour cette affection qui semble actuellement en évolution favorable.

A son entrée, l'enfant présente, en outre, sur la voûte palatine et sur la ligne médiane, une fissuration allant jusqu'à l'os, sur le bord de laquelle on aperçoit un semis de granulations jaunâtres alternant avec de petites ulcérations.

A la racine du nez est apparu, du côté droit, au mois de septembre dernier, un petit bouton qui fut laissé sans traitement. Actuellement, on trouve une perforation des os propres du nez.

Polyadénite sous-mentale, sous-maxillaire, péri-auriculaire. Les ganglions sont gros, indolores, non suppurés. Actuellement les ganglions ont diminué de moitié depuis que la fillette est soumise au traitement spécifique. La malade qui, à son entrée, conservait des douleurs spontanées et à la pression, marchait sur la pointe du pied et boitait, a vu, sous l'influence du traitement les douleurs diminuer peu à peu pour finalement disparaître complètement, ainsi que la limitation des mouvements.

Ces observations nous montrent deux fillettes chez lesquelles avaient existé des lésions articulaires du genou prises à tort pour des tumeurs blanches et soignées comme telles.

En effet, chez la première les lésions articulaires étaient guéries lors de son entrée à la clinique de l'Antiquaille, mais guéries sans trace d'ankylose, avec

conservation absolue des mouvements, ce qui n'est pas là le mode habituel de guérison des vraies tumeurs blanches.

La seconde malade, à son arrivée, conservait des douleurs spontanées et à la pression, marchait sur la pointe du pied et boitait. Le traitement antisyphtique, aussitôt appliqué, fit disparaître rapidement, en même temps que les autres lésions, ces douleurs ainsi que la gêne fonctionnelle qui en résultait.

L'erreur de diagnostic aurait pu être évitée dans les deux cas. Dans le premier, deux des signes de la triade d'Hutchinson, lésions oculaires et troubles de l'ouïe, accompagnaient les phénomènes articulaires.

Dans le second, certes, l'arthropathie existait seule au cours de la première hospitalisation, mais l'interrogatoire sur les antécédents héréditaires aurait mis sur la voie du diagnostic, si l'on avait eu la notion de la fréquence des arthropathies syphilitiques à l'état isolé.

OBSERVATION IV

(LAURENT et MULLER, *Loire Médicale*, 1922)

Etat du malade à l'entrée à l'hôpital :

V... Joseph, 42 ans, entre le 8 janvier 1922 à l'hôpital de Bellevue, pour des lésions de l'avant-bras et de la main droite dont l'étrangeté frappe au premier abord. L'avant-bras, le poignet et la racine de la main, considérablement augmentés de volume sont couverts de croûtes brunâtres, épaisses et d'ulcérations sanieuses; les téguments malades donnent absolument l'impression d'une carapace de croco-

dile, parsemée d'ulcères d'aspect gangréneux et d'odeur fétide et plaqués sur des tissus infiltrés en masse par un œdème dur, élépanthiasique.

Ces lésions sont survenues spontanément dans ces derniers mois, sans aucun traumatisme. Aucune douleur. Pas de fièvre. Etat général excellent. La main reste en flexion forcée. Les doigts à demi-allongés, ne peuvent se fléchir, complètement et la capacité de préhension est extrêmement réduite.

Antécédents héréditaires : Mère morte d'affection indéterminée. Père mort, assez âgé, d'accident. Deux frères et une sœur en bonne santé. Il est le troisième de la famille. Le quatrième est né un peu avant terme, mais a vécu, et ne présentait rien de particulier à sa naissance. La mère avait fait quelques jours avant cet accouchement une chute. Elle n'aurait pas eu d'autre accouchement prématuré, ni de fausse-couche.

Antécédents personnels : Bas âge. Le malade est venu au monde avec un bras droit plus grêle et moins développé que le gauche. Vers deux ans, le coude droit est devenu malade (tuméfaction, suppuration, fistulisation, élimination de séquestres) pendant plusieurs mois. Un médecin aurait conseillé une intervention refusée par la mère. Le coude finit à la longue par se cicatriser, sans traitement spécial, restant très déformé, mais non ankylosé. A propos de cette affection du coude, le père du malade lui aurait déclaré que son coude avait été frappé à la suite de la petite vérole. Le malade ne porte sur le visage aucune marque de cette affection.

Adolescence. A 16 ans, à la partie moyenne du tibia, apparaissait une tuméfaction indolore qui devint grosse comme un œuf. Il alla consulter pour cette lésion à l'Hôtel-Dieu de Lyon et le jour de son arrivée fut cueilli à la porte par le jury d'un concours de chirurgie et servit d'épreuve clinique aux candidats. Il entra ensuite dans le service de M. Vallas, y fut cureté pour son tibia, en même temps qu'opéré pour son coude fistuleux (résection d'une saillie osseuse humérale).

Deux ou trois ans après, trois tuméfactions indolores et spontanées apparaissent sur le tibia gauche et furent incisées à Turin où le malade fut hospitalisé à cette époque. Il

persista des ulcérations fistuleuses qui furent pansées, grattées, cautérisées au nitrate d'argent. Après vingt-deux mois de suppuration on pratique une amputation de cuisse au-dessus du genou.

Deux ans après, vers l'âge de 20 ans, apparition au niveau de la région sternale d'une tuméfaction indolente suivie d'une large ulcération qui se cicatrisa spontanément en quelques mois.

Vers 25 ans, lésions identiques au niveau de l'épine de l'omoplate et de la région acromio-claviculaire droite. Puis, peu après, le mal atteint le bras droit et y évolue de la même façon.

Enfin, il y a un an environ, les ulcérations du bras étant cicatrisées, l'avant-bras et le poignet droits se prennent à leur tour, s'enflent et se tuméfient, s'ulcèrent, se fistulisent, se crevassent, puis se recouvrent de croûtes épaisses. Ce sont ces dernières lésions qui amènent le malade à l'hôpital de Bellevue.

Cette longue série de lésions se succédant d'une façon presque continue pendant les quarante-deux ans de la vie du malade ne pouvait guère évoquer dans l'esprit autre chose qu'une syphilis héréditaire aussi tenace que méconnue.

La réaction de Wassermann fut absolument positive.

Le traitement par des sels bismuthés et le novarsénobenzol a transformé l'état général et desséché très rapidement les gomme confluentes de l'avant-bras. Le tissu reste cicatriciel, scléreux, mais il n'y a plus de suppuration, les gomme sont guéries et le poignet prend chaque jour plus de mobilité.

Une inoculation au cobaye pratiquée a été négative.

Il n'est pas question, dans cette observation, que le malade ait présenté de stigmates de syphilis héréditaire. Rien n'attirait au début l'attention du côté de la syphilis. C'est un appoint de plus à la thèse que nous soutenons.

OBSERVATION V

(NICOLAS, GATÉ et PILLON. — *Société Médicale des Hôpitaux de Lyon*, octobre 1922)

S... Eugénie, 18 ans, entre à la Clinique de l'Antiquaille le 23 mars 1922 pour des lésions cutanées très étendues de la face, du cou, et du mollet droit.

Père mort à 63 ans de bronchite chronique; mère en bonne santé; trois frères en bonne santé; un quatrième, âgé de 27 ans, a contracté, pendant la guerre, une bronchite pour laquelle il a été réformé.

Personnellement, bonne santé jusqu'à l'âge de 7 ans. A ce moment, la malade fut opérée à l'Hôpital de la Charité de Lyon pour une « grosseur » siégeant à la partie moyenne du tibia droit, sur l'os même, dit-elle; après un séjour de deux mois à l'hôpital, elle fut envoyée à la mer, la plaie opératoire complètement cicatrisée. Six mois après, elle présenta des phénomènes analogues à la partie moyenne de l'avant-bras gauche et dut subir une nouvelle intervention.

Vers l'âge de 8 ou 9 ans, elle fut soignée à l'Hôtel-Dieu de Lyon, pour des troubles oculaires, uniquement par des collyres, sans traitement interne ; l'affection dura plusieurs mois.

A 9 ans, elle fut opérée d'un polype du nez; puis, elle contracta une angine diphtérique à la suite de laquelle elle fit une adénite suppurée rétro-angulo-maxillaire gauche qui s'ouvrit spontanément.

Deux ans après, en 1915, une autre adénite suppurée de la région sous-maxillaire gauche s'ouvrit également spontanément; rapidement, apparut autour du trajet fistuleux, de la rougeur de la peau qui peu à peu s'étendit en un vaste placard qui en trois ans atteignit les larges dimensions actuelles et rongea complètement l'oreille.

Il y a deux ans, le nez s'affaissa en quelques semaines. A cette époque également apparut à la partie moyenne du mollet droit une grosseur qui s'ouvrit spontanément et d'où sortit un liquide clair, gommeux; autour de la lésion la malade vit se développer le placard cutané que l'on voit actuellement encore en pleine évolution.

Il y a un an, sans aucune gêne fonctionnelle, sans aucune

douleur, le genou gauche augmenta rapidement de volume.

A l'examen, on est frappé par la multiplicité des lésions présentées par la malade: lésions cutanées, ganglionnaires, osseuses, articulaires, dentaires et oculaires.

a) *Lésions cutanées.* — Elles consistent en deux vastes placards, l'un situé au niveau de la face et du cou, l'autre au niveau du mollet droit. Le premier intéresse toute la joue gauche, l'oreille, la région mastoïdienne, toute la partie gauche du cou, le menton, la région sous-maxillaire gauche et une partie de la région sous-maxillaire droite.

Toute la partie correspondant à la région sus-claviculaire gauche de ce placard est à l'état de cicatrice, cicatrice blanche, gaufrée, un peu pigmentée par places, sans aucune lésion en évolution, sans nodules.

Le reste du placard, cicatrisé au centre, présente nettement une évolution excentrique : la bordure, en pleine évolution, un peu circonscrite, nettement limitée à l'extérieur, sans aucun point limité à l'extérieur, sans aucun point aberrant, est de couleur rouge brun, dure, infiltrée, un peu végétante par places, croûteuse en d'autres points, sans nodules visibles à la rétropression, mais un peu douloureuse à la pression; l'oreille gauche a complètement disparue, rongée en quelques semaines, dit la malade, et réduite à l'état de moignon cicatriciel.

Le placard de la jambe droite, qui occupe à peu près toute la face externe de la jambe et la face postérieure du mollet en hauteur et en largeur présente les mêmes caractères de cicatrisation centrale et d'extension périphérique, avec quelques ulcérations à l'emporte-pièce, peu suppurantes.

b) *Lésions ganglionnaires.* — Dans le triangle de Scarpa droit, territoire des lésions cutanées ci-dessus signalées, se voient des ganglions, de volume moyen, non durs, non douloureux, qui n'ont pas leurs correspondants à gauche. Il existe une adénopathie semblable dans le creux sus-claviculaire gauche et au niveau des régions mastoïdiennes.

c) *Lésions osseuses.* — Dans la région sus-claviculaire droite, à la partie moyenne se trouve une fistule qui conduit à la clavicule dénudée; celle-ci est très fortement augmentée

de volume. Tout autour de cette fistule existe un placard cutané rouge brunâtre en voie de cicatrisation.

Le nez est complètement effondré.

Il n'y a aucune déformation dystrophique des os; les tibias en particulier ont une apparence normale.

d) *Lésions articulaires.* — On est frappé de l'augmentation de volume considérable du genou gauche, surtout au niveau de la face interne de l'article. Cette augmentation de volume correspond à une hydarthrose énorme qui ne permet pas de se rendre compte de l'état du squelette sous-jacent. La lésion n'est absolument pas douloureuse; les mouvements ont gardé toute leur amplitude.

e) *Lésions dentaires.* — Les dents présentent la déformation type de la dent d'Hutchinson.

f) *Lésions oculaires.* — Elles sont réduites à peu de chose : un peu d'opacité de la cornée de l'œil gauche.

g) *Pas de troubles du côté de l'oreille.*

Ajoutons que la malade a un aspect chétif, un peu infantile; elle n'est pas réglée.

Les urines, analysées à plusieurs reprises, renferment de 1 gr. à 2 gr. d'albumine par litre. Il n'y a pas de lésions apparentes du foie, ni de la rate.

La réaction de Wassermann est positive.

Sous l'influence d'un traitement novarséno-benzolique, très léger en raison de l'albuminurie, les lésions cutanées se sont affaïssées, les ulcérations se sont cicatrisées, la fistule claviculaire s'est tarie et l'hydarthrose du genou s'est résorbée.

Nos deux dernières observations donnent une idée des conséquences si détraisantes que peuvent avoir pour les malades cette confusion entre la syphilis et la tuberculose articulaires.

Voilà deux malades qui, pendant de longues années, furent pris pour des tuberculeux et traités comme tels. Chez le premier, qui vint au monde syphi-

litique, la maladie resta méconnue depuis la naissance et ce n'est qu'à l'âge de quarante-deux ans, après maints séjours dans divers hôpitaux, que l'origine du mal dont il était la proie et auquel il devait l'amputation d'un de ses membres, fût enfin découverte.

Les lésions multiples de la seconde, malgré la coexistence de signes très nets de syphilis héréditaire, dents d'Hutchinson, kératite intersticielle, nez en lorgnette, furent pendant dix ans imputées au bacille de Koch. Cette malade, privée d'un traitement qui l'aurait depuis longtemps guérie, est à présent complètement défigurée par d'horribles mutilations. Quelques injections de novarsénobenzol faites à très faibles doses, étant donné l'état des reins, ont suffi à cicatriser les lésions cutanées, à faire fondre complètement l'hydarthrose du genou et même à diminuer les adénites satellites des lésions cutanées.

Parmi tous les signes présentés par ces deux malades, celui qui doit surtout retenir notre attention, c'est l'arthropathie. Les phénomènes articulaires induisent souvent en erreur dans la syphilis héréditaire et orientent souvent le diagnostic vers la tuberculose qu'à tort on rend responsable des lésions. Pourquoi notre premier malade fut-il pris pour un tuberculeux ? C'est qu'il présentait une arthropathie fistulisée du coude qui en imposa pour une tumeur blanche. Chez notre seconde malade, aux lésions d'apparence scrufuloïde, lésions cutanées, adénite cervicale, se joignit pour faire pencher la balance en faveur de la tuberculose, l'arthropathie du genou et cette coalition

de symptômes fut si puissante que les signes évidents de syphilis héréditaire qu'elle présentait furent complètement négligés et qu'un faux diagnostic fut porté à son sujet.

Nous voyons donc, dans ces deux méprises, le rôle néfaste joué par les lésions articulaires et qui tient à ce qu'on ne connaît pas encore suffisamment la fréquence des arthropathies dues à la syphilis héréditaire. Ces arthropathies sont, en effet, loin d'être rares. Il suffit pour s'en convaincre de feuilleter le nombre considérable d'observations publiées de syphilis articulaire : c'est un symptôme qui peut être mis sur le même pied que les trois signes de la triade d'Hutchinson, voire même un symptôme plus fréquent que les troubles auriculaires de cette triade. C'est, d'ailleurs là, une constatation que d'autres ont faite avant nous, mais beaucoup plus répandue dans la littérature ophtalmologique que dans la littérature chirurgicale ou syphiligraphique. Et cela se comprend aisément. Les ophtalmologistes, aux consultations desquels se présentent des sujets atteints de kératite interstitielle, possèdent dans cette lésion un signe à peu près certain de syphilis héréditaire qui leur permet de rapporter à cette affection tout ce que leur révèle l'examen général du malade. C'est ainsi, qu'ils purent constater la coexistence très fréquente de la kératite interstitielle et des arthropathies, en particulier de l'hydarthrose du genou, et qu'ils purent voir le traitement antisiphilitique agir à la fois sur les lésions oculaires et sur les lésions articulaires.

En 1857, Hutchinson, signalant l'association fré-

quente des trois lésions qui constituent sa triade, avait bien remarqué, mais sans y insister, que parfois coexistent l'hydarthrose du genou et la kératite interstitielle.

C'est Clutton, le premier, qui en 1886, insiste sur ce fait et met en évidence les caractères de cette hydarthrose qui est le plus souvent double, symétrique et indolente. Il rapporte onze cas d'hydarthrose hérédosyphilitique chez lesquels il trouve dix fois la kératite, cinq fois les dents d'Hutchinson et deux fois seulement la surdité.

En 1901, le docteur Puech, sur vingt-sept cas de kératite qu'il rapporte, trouve onze fois l'arthropathie. Il considère celle-ci comme la compagne la moins infidèle de toutes les autres manifestations qui coexistent ordinairement avec la kératite interstitielle et exprime l'avis d'adjoindre à la triade d'Hutchinson l'arthrite du genou qui, plus fréquente que les troubles auditifs, jouerait un rôle plus prépondérant qu'eux.

Fouquet, en 1905, rapporte dans sa thèse vingt cas d'arthropathies hérédosyphilitiques chez lesquels dix fois coexiste la kératite.

En 1908, Jacqueau signale, à la Société française d'ophtalmologie, cette coexistence fréquente de la kératite et des arthropathies. D'après lui, la kératite interstitielle est associée environ dans la moitié des cas à des lésions mono ou polyarticulaires parmi lesquelles la plus fréquente est l'hydarthrose indolente qui frappe presque toujours les deux genoux. Caban-

nes, à la même séance, propose d'en faire un quatrième signe à la triade d'Hutchinson.

En 1918, Merlier, dans sa thèse, inspirée par le docteur Cantonnet, publie cinq observations nouvelles de kératite interstitielle dont trois avec coïncidence d'une hydarthrose double du genou et une avec une hydarthrose unilatérale à gauche.

Le docteur Cantonnet, dans un article intitulé : « Le quatrième symptôme de la triade d'Hutchinson » et publié en 1919 dans le *Paris Médical*, a de nouveau insisté sur la fréquence de cette coexistence de la kératite et des arthropathies. Sur quinze cas de kératite, il a trouvé lui-même neuf fois des arthropathies et il propose d'adjoindre à la triade d'Hutchinson un quatrième signe : le signe du genou.

Tout récemment encore, le professeur Rollet a réuni dans la thèse de son élève Dupuy de la Badonnière huit nouvelles observations de kératite interstitielle accompagnée d'hydarthrose du genou, et dans lesquelles une seule fois la surdité a été relevée.

Nous-même, à la consultation d'ophtalmologie de l'hôpital des Enfants Malades, à Paris, avons relevé, sur les cahiers de visite, dix-neuf cas de kératite interstitielle associée à une arthropathie ; sept fois on avait noté les dents d'Hutchinson, une fois seulement la surdité.

M. le docteur Cantonnet a bien voulu nous adresser les observations résumées suivantes de deux malades de son service :

OBSERVATION VI

Garçon de huit ans, atteint de kératites interstitielles presque simultanées des deux yeux. Dents d'Hutchinson typiques. Pas de surdité. Hydarthrose des deux genoux.

Le malade est traité au moyen d'injections de mercure : guérison en trois mois des deux kératites et des hydarthroses.

OBSERVATION VII

Fille de treize ans, vient à l'hôpital pour une kératite interstitielle gauche datant de deux mois. Parents bien portants. Un frère plus jeune, bien portant, mais chétif.

L'examen général ne montre comme signe de syphilis héréditaire que des bosses frontales saillantes et un léger choc rotulien droit indiquant une légère hydarthrose. Ni surdité, ni dents d'Hutchinson. Deux Wassermann négatifs.

La malade est mise au cyanure. Au bout de dix-huit piqûres, on constate une très grosse amélioration de la kératite et de l'arthropathie.

Les observations suivantes, que nous avons recueillies à l'hôpital Bretonneau, montrent trois cas d'hydarthrose double d'origine hérédo-syphilitique, sans coexistence de kératite. Deux fois l'hydarthrose était associée à des lésions dentaires, une fois elle existait seule.

OBSERVATION VIII

Guisiano P..., 10 ans, se présente à l'hôpital Bretonneau, le 5 juillet 1921, pour une hydarthrose double ayant commencé par le genou droit en mars 1921. Dents d'Hutchinson. Pas d'autres signes de syphilis héréditaire. Traitement : sirop de Gibert. Amélioration des deux hydarthroses.

OBSERVATION IX

W... Eugène, 10 ans, vient à l'hôpital Bretonneau le 7 novembre 1920 pour hydarthrose du genou gauche. Gonflement

assez marqué, choc rotulien, limitation de l'extension et de la flexion, légère atrophie musculaire.

Le 29 novembre 1920, apparition d'une hydarthrose au genou droit et de douleurs surtout nocturnes.

Dents d'Hutchinson. — Traitement : onguent mercuriel. Amélioration marquée des deux genoux après quelques jours de traitement.

OBSERVATION X

G... Raymonde, 7 ans, vient à la consultation le 15 mai 1922 pour hydarthrose double. A déjà eu une hydarthrose du genou gauche. Pas d'autres signes de syphilis. La mère a eu deux fausses-couches. Traitement : hectargyre.

Le 7 juin 1922, l'enfant est revue : à gauche liquide presque disparue. A droite liquide sans tension.

Les arthropathies, ainsi que s'accordent à le montrer les nombreuses statistiques que nous avons données plus haut, sont donc des manifestations très fréquentes de la syphilis héréditaire tardive. Pour s'en rendre compte, il suffit de fréquenter les consultations d'ophtalmologie où vont un grand nombre de jeunes hérédo-syphilitiques atteints de kératite interstitielle. Chez ces sujets, on peut voir coexister avec la kératite une hydarthrose presque toujours double et indolore. L'indolence de cette lésion la fait parfois négliger du malade, du moins au début. Elle n'est pas signalée au médecin qui ne la découvre que par l'examen général du sujet. Dans les services d'ophtalmologie où cet examen général est toujours minutieusement pratiqué, les arthropathies apparaissent comme des manifestations extrêmement fréquentes de l'hérédo-syphilis. Souvent associées à d'autres stig-

mates de l'affection, elles peuvent aussi exister seules et entraîner parfois, le praticien qui méconnaît leur fréquence, vers un diagnostic erroné.

Nous croyons, au contraire, que loin de considérer les accidents articulaires comme une cause d'erreur dans le diagnostic de la syphilis héréditaire, il faut leur attribuer, parmi les symptômes révélateurs de cette affection, une place de premier plan, et nous n'hésitons pas à nous unir aux auteurs qui réclament la transformation en tétrade de la triade d'Hutchinson par l'adjonction à celle-ci d'un quatrième signe : les arthropathies. Dans cette tétrade, d'ailleurs, les signes articulaires n'occuperaient pas la dernière place ; leur fréquence, incontestablement supérieure à celle des troubles auditifs, les placerait bien avant ces derniers signes.

CONCLUSIONS

I. — Les arthropathies de la syphilis héréditaire tardive fort longtemps ignorées et souvent confondues avec des lésions scrofuleuses ou rhumastismales, ont une importance qui semble encore non suffisamment établie et qui résulte aussi bien de leur fréquence que de leur physionomie clinique rappelant parfois à s'y méprendre les arthropathies tuberculeuses et exposant aux erreurs de diagnostic.

II. — La syphilis et la tuberculose sont, en effet, deux affections qui, donnant lieu à des édifications histologiques semblables sont susceptibles de provoquer des arthropathies présentant la même symptomatologie. Aussi la clinique seule est-elle, dans certains cas, impuissante à déterminer l'étiologie de la lésion. Le diagnostic différentiel, qu'il faut établir à tout prix et le plus précocement possible, sous peine de priver le malade du bénéfice si considérable de la thérapeutique antisiphilitique, doit alors se fonder sur l'interrogatoire approfondi des parents, sur la recherche minutieuse de stigmates de l'hérédo-syphilis, sur les examens de laboratoire et surtout sur l'inocula-

tion au cobaye du liquide articulaire ou du pus de fistule. Dans tous les cas où subsiste le moindre doute le traitement d'épreuve doit être institué.

III. — Lorsque le diagnostic est hésitant, comme cela arrive dans les cas de syphilis pseudo-scrofuleuse où le malade présente l'aspect complet d'un tuberculeux, une arthropathie dont l'étiologie est obscure ne doit pas faire incliner vers la tuberculose plus que vers la syphilis. Des nombreuses erreurs de diagnostic signalées dans la littérature médicale il résulte, en effet, que les arthropathies de la syphilis héréditaire sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croit généralement, fait qui a d'ailleurs été maintes fois mis en évidence par les ophtalmologistes qui ont vu si souvent ces arthropathies coexister avec la kératite interstitielle et d'autre manifestations syphilitiques.

IV. — Cette fréquence des arthropathies hérédo-syphilitiques, incontestablement supérieure à celle des troubles de l'ouïe de même origine, est telle qu'on doit les regarder comme des indices de la diathèse au même titre que les trois signes oculaires, dentaires et auriculaires de la triade d'Hutchinson. Aussi nous rallions-nous aux auteurs qui ont proposé de faire de cette triade une tétrade en lui adjoignant comme quatrième signe les arthropathies et, en particulier, l'hydarthrose du genou prédominant à gauche lorsqu'elle est unilatérale, mais souvent double et si fréquemment associée à la kératite interstitielle.

V. — Une telle tétrade, devenue classique, aurait l'avantage d'éveiller chez le praticien mis en présence d'une arthropathie dont la nature n'est pas évidente l'idée de syphilis et lui éviterait l'erreur encore si commune et si **préjudiciable au malade** de ne penser devant une telle lésion qu'à la tuberculose comme facteur étiologique.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
NICOLAS.

Vu :
LE DOYEN,
Jean LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :
Lyon, le 28 Novembre 1922.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
J. CAVALIER.

BIBLIOGRAPHIE

- AUCLERT. — Contribution à l'étude des arthropathies syphilitiques (*Thèse de Paris*, 1908).
- BARBIER H. — Notes sur les erreurs de diagnostic que peuvent causer les arthropathies dues au rhumatisme et à la syphilis héréditaire chez des enfants soupçonnés à tort de tumeur blanche au début (*Journal de Médecine de Paris*, 1907).
- BARRETT. — Syphilitic synovitis (*British Journal of Children's Diseases*, London, march, 1909).
- BERTIN. — Arthropathies syphilitiques (*Société Centrale de Médecine du Nord*, 1905; *Presse Médicale*, mai 1905, p. 278).
- BILLOT. — Kératite interstitielle et syphilis osseuse (*Thèse Lyon*, 1921).
- BLUMENTHAL. — Ueber Gelenkerkrankungen im Frühstadium der syphilis (*Dissert. Med.*, Bonn, 1906).
- BONNET. — Arthrite syphilitique du coude avec fistulisation et lésions osseuses considérables (*Société des Sciences Médicales*, 15 novembre 1911; *Lyon Médical*, 1912, p. 137).
- BOUILLY. — Comparaison des arthropathies rhumatismales, scrofuleuses et syphilitiques (*Thèse d'agrégation*, 1878).
- BROCA. — Syphilis héréditaire tardive des os (*Tribune Médicale*, 1904).
- Syphilis articulaire du genou chez l'enfant (*Concours Médical*, 25 juillet 1905).

- CANTONNET. — Le quatrième symptôme de la triade d'Hutchinson (*Paris Médical*, n° 36, 9^e année).
- CARRUCCIO. — Sifilide ed artropatie (*Nona riunione della Società Dermatologica Italiana*, Rome, décembre 1907).
- CLUTTON. — Symetrical synovitis of the Knee in hereditary syphilis (*The Lancet*, 27 février 1886).
- DEBONNESSET. — Considérations sur le diagnostic différentiel entre les manifestations osseuses et articulaires de la syphilis héréditaire et de la tuberculose (*Thèse de Paris*, 1882).
- DEFONTAINE. — De la syphilis articulaire (*Thèse de Paris*, 1882).
- DOMINICI. — Contribution à l'étude des arthropathies syphilitiques (*Policlinico*, partie chirurgicale, 1906).
- DUNLÔP. — Syphilitic synovitis in Children (*British Medical Journal*, 1904).
- DUPLAY. — Hydarthrose syphilitique chronique (*Bulletin Médical*, 1893).
- DUPUY de la BADONNIÈRE. — Kératite et hydarthrose hérédo-syphilitiques (*Thèse Lyon*, 1921).
- DUREUIL. — Contribution à l'étude des pseudo-tumeurs blanches syphilitiques (*Thèse de Paris*, 1880).
- FOUQUET. — De la syphilis articulaire (*Thèse de Paris*, 1905). Hérédo-syphilis tardive. Hydarthroses multiples (*Société de Dermatologie et Syphiligraphie*, 1913).
- FOURNIER A. — La syphilis héréditaire tardive, 1886.
- FOURNIER E. — L'hérédo-syphilis tardive. Recherche et diagnostic, 1906.
- GAUCHER et LOUSTE. — Tumeur blanche syphilitique du poignet (*Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 5 novembre 1908).
- Deux cas de syphilis héréditaire simulant la tuberculose (*Société de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 4 mai 1905).
- GELMA. — Etude de la pseudo-tumeur blanche syphilitique (*Thèse de Paris*, 1891).

HASLUND. — Syphilis congénitale; arthrite des deux genoux; kératite et iritis; syphilis pulmonaire ? (*Société Danoise de Dermatologie*, 1904).

HUTCHINSON. — Etude clinique sur certaines maladies de l'œil et de l'oreille consécutives à la syphilis héréditaire, Paris, 1884.

KIRMISSON et JACOBSON. — Contribution à l'étude des arthropathies dans la syphilis héréditaire (*Revue d'Orthopédie*, 1897).

JACQUEAU. — Kératite parenchymateuse et arthrites concomitantes (*Soc. Franç. d'Opht.*, 1908).

LANNELONGUE. — Diagnostic des arthrites syphilitiques (*Bulletin Médical*, 1887).

MÉTAYER. — Les manifestations articulaires de la syphilis héréditaire tardive (*Thèse de Paris*, 1903-1904).

MÉRICAMP. — Contribution à l'étude des arthropathies syphilitiques tertiaires (*Thèse de Paris*, 1882).

MERLIER. — Les arthropathies hérédo-syphilitiques et la triade d'Hutchinson.

MÉRY et GUILLEMOT. — Syphilis héréditaire tardive; kératite interstitielle, double ostéo-arthropathie du genou; guérison (*Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 27 mars 1903).

MÉRY et TERRIEN. — Arthropathies syphilitiques à forme douloureuse chez une enfant de quatre ans (*Société Médicale des Hôpitaux*, 17 juin 1904).

MOLLARD et FAVRE. — Ostéo-arthrite syphilitique tertiaire. Pseudo-tumeur blanche syphilitique (*Société de Médecine de Lyon*, 7 février 1910; *Lyon Médical*, 1910).

MORESTIN. — Syphilis articulaire (*Archives générales de Médecine*, 1901).

NICOLAS et FAVRE. — Syphilis héréditaire simulant des adénites et des arthrites scrofulo-tuberculeuses (*Société Médicale des Hôpitaux de Lyon*, 9 mai 1905).

- Contribution à l'histologie pathologique des syphilides tertiaires cutanées (*Annales des maladies vénériennes*, juin 1907).

NICOLAS et GATÉ. — La réaction de Wassermann positive a-t-elle une valeur absolue ? (*Société Médicale des Hôpitaux de Lyon*, 1914).

NICOLAS, FAVRE et LAURENT. — Syphilis scrofuloïde cutanée, ganglionnaire, ostéo-articulaire. Contribution à l'étude du diagnostic différentiel entre syphilis et tuberculose (*Province Médicale*, 3 décembre 1910).

NICOLAS et LAURENT. — Syphilis héréditaire tardive. Adénites cervicales suppurées. Ostéo-arthrite métatarsophalangienne avec séquestres. Syphilides verruqueuses du dos des pieds et syphilides tuberculo-ulcéreuses disséminées (*Société Médicale des Hôpitaux de Lyon*, 12 janvier 1909).

NICOLAS et MOURIQUAND. — Perforation de la voûte palatine chez une enfant à manifestations scrofuleuses multiples (*Société Médicale des Hôpitaux de Lyon*, 14 février 1905 et 11 avril 1905).

PILLON. — Les formes cliniques de la syphilis articulaire (*Thèse de Lyon*, 1914).

PUECH. — *Archives d'Ophthalmologie*, Bordeaux, 1901.

RANGUEDAT. — Des arthrites dans la syphilis héréditaire (*Thèse de Paris*, 1883).

REBEYROLLE. — Contribution à l'étude de la syphilis osseuse héréditaire tardive dans ses manifestations articulaires et épiphysaires (*Thèse de Paris*, 190-1902).

RICHET. — Mémoire sur les tumeurs blanches (1853).

SAINT-PIERRE. — Contribution à l'étude des arthropathies de la syphilis héréditaire tardive (*Thèse de Lyon*, 1900).

SANCET. — Contribution à l'étude des arthropathies de la syphilis héréditaire tardive (*Thèse de Bordeaux*, 1904).

TAYLOR. — Syphilitic lesions of the joints in hereditary and acquired infections (*Medical Record*, mai 1906).

TUBBY. — Bone and joint lesions in hereditary syphilis (*British Journal of Children's Diseases*, London, february, 1908).

TABLE DES MATIERES

Introduction.....	7
Chapitre I. — Formes cliniques des arthropathies de la Syphilis héréditaire	12
Chapitre II. — Formes cliniques atypiques des arthropathies de la Syphilis héréditaire tardive. Leur diagnostic.....	23
Chapitre III. — Fréquence des signes articulaires de la Syphilis héréditaire et leur valeur dia- gnostique	33
Conclusions.....	51
Bibliographie.....	54
